

REGULAÇÃO EMOCIONAL NA PSORÍASE – um estudo de “Embitterment”

CAPÍTULO I

A psoríase é uma doença crónica, imunológica, comum e recorrente. Tem um impacto significativamente negativo no paciente, comprometendo os estados físico, emocional, psicológico e social do mesmo. A prevalência varia entre os diferentes grupos étnicos e possui também uma forte componente genética, porém os fatores ambientais, tais como as infeções, podem desempenhar um papel importante na manifestação da doença (Langley et al., 2005). Afeta 1 a 3% da população mundial e 2 a 3% da população portuguesa, ou seja, cerca de 200.000 portugueses são psoriáticos.

Altera profundamente a vida dos pacientes, tem um forte impacto psicossocial (Arruda & Moraes, 2001, cit. in Picardi, et al., 2003) e podem mesmo sofrer de stress psicológico, onde o estado mórbido psiquiátrico é aqui considerável (Root, et al., 1994; Picardi, et al., 2000, cit. in Picardi, et al., 2003).

Deparamo-nos com um aumento da comorbilidade com transtornos de ansiedade e depressão, facto encontrado nas várias doenças crónicas da pele, apresentando grande ocorrência na psoríase (Schneider, et al., 2001; Seikowsky, et al., 2004, cit. in Schneider, 2005), onde podem acontecer recaídas como a exacerbação dos sintomas. “Amargura” é um estado emocional que é distinto de outras emoções negativas como depressão, ansiedade, desespero, ou até mesmo de raiva, embora possa ocorrer em combinação com tais emoções. Caracteriza-se por uma sensação de injustiça, é exasperante e incomodativa e está sempre presente em todos os momentos da vida do paciente (Linden et al., 2011). Segundo os mesmos autores, a Amargura, pode ser dolorosa mas ao mesmo tempo compensatória, de modo que a pessoa pode, de um segundo para o outro, passar de um desespero terrificador para um contexto agradável para si, mantendo sempre em mente o desejo de vingança. Tal como outras emoções, como a ansiedade, pode tornar-se numa condição incapacitante para o sujeito, privando-o de autocontrolo e fazendo-o sofrer, como a todos os que fazem parte do seu meio envolvente. Pode assim desencadear-se uma doença com necessidade de tratamento, descrita como “Posttraumatic Embitterment Disorder, PTED”, por Linden (2003, 2007, 2011).

CAPÍTULO II: PSORÍASE

2.1 Caracterização da psoríase

A pele é o maior órgão do corpo. Ela não só nos protege, como também nos expressamos e partilhamos emoções através da mesma. Portanto, não é incomum que se a condição da pele estiver alterada isso afete o nosso bem-estar psicológico e também é natural supor que se a condição da pele está comprometida terá impacto negativo sobre a nossa saúde mental (Khan, et al., 2013). Psoríase é, na área da dermatologia, das doenças mais estudadas atualmente (Lambert, et al., 2012) e mais comuns, com propensão mais debilitante emocionalmente, do que fisicamente e o seu efeito é multidimensional, abrangendo fatores físicos, sociais e psicológicos (Cherian, 2006), como acontece em consequência da implicação dermatológica que ocorre nesta doença (Karlidag, et al., 2003; Silva, et al., 2001 & Kimball, et al., 2005 cit. in Taner, et al., 2007).

2.2 Etiologia

A etiologia desta doença, para alguns autores, é desconhecida, com evolução crônica, acentuada e com tendência a acontecerem recaídas e o tratamento muitas vezes é difícil de ser aceite pelos próprios doentes e sociedade em geral. As investigações, a nível mundial, têm-se intensificado, por isso existe uma melhor compreensão do que leva ao aparecimento de uma lesão psoriática (Silva, 2007). Outros estudos demonstram que se trata de uma doença auto-imune da pele (Silva, 2007), ou seja o individuo pode nascer com uma predisposição genética para a psoríase e envolve o sistema imunológico, a interação de múltiplos genes e fatores ambientais (Xu, et al., 2012).

Embora muito tempo caracterizada como uma simples doença da pele, sabemos atualmente que relativamente à génese da psoríase, uma das causas mais importantes é uma disfunção do sistema imunitário, em que as defesas contra bactérias e vírus (os leucócitos) em doentes com psoríase depois de ativadas, entram em disfunção e libertam mediadores que para além da inflamação, aumentam a velocidade com que as células de

dividem (Langley et al, 2005), ou seja a renovação celular da derme que demora normalmente cerca de 28 dias a realizar-se, em indivíduos psoriáticos leva aproximadamente 3 dias a ocorrer.

2.3 Epidemiologia

Atingindo 1 a 2% da população mundial, a psoríase é uma doença crónica e recorrente (Zalewska, et al., 2007). Um estudo feito por Danielsen e colaboradores (2013), demonstrou que depois de várias pesquisas feitas com doentes psoriáticos chegaram à conclusão que a prevalência da doença aumentou de 4,8% em 1979-80 para 11,4% em 2007-08 e explicam-na através das mudanças do estilo de vida da pessoa e de fatores ambientais. A psoríase ocorre no mundo inteiro, porém segundo Ding e seus colaboradores (2012), a prevalência varia consideravelmente entre pessoas e países e afirmam também que esta incidência é mais significativa nos países nórdicos, mais frios, comparativamente com os países tropicais, onde esta doença é praticamente inexistente.

Estudos recentes sobre doenças de pele têm indicado que as mulheres demonstram maior debilidade física, uma menor qualidade de vida, (Emercy, et al., 2004 cit. in Sampogna, 2006) um grau de dor mais acentuado, (Sheffield, et al., 2000 cit. in Sampogna, 2006) um maior número de sintomas (Sampogna, et al., 2004, cit. in Sampogna, 2006) e um maior número de problemas psicológicos (Picardi, et al., 2001 cit. in Sampogna, 2006), comparativamente ao sexo masculino. A prevalência de prurido na psoríase tem sido relatada em diferentes partes do mundo e varia entre 64% a 84% (Amatya, B. et al., 2008, cit. in Bilaç, 2009).

Os indivíduos negros apresentam menor tendência a apresentá-la e manifesta-se mais frequentemente nos indivíduos dos 10 aos 40 anos de idade, embora todas as faixas etárias estejam a ela suscetíveis (Silva, 2007) e é usual ser associada a comorbilidades (Kimball, et al., 2010).

2.4 Tratamentos existente na psoríase

Períodos de remissão e exacerbação das lesões psoriáticas são bem comuns e o principal objetivo do tratamento é tratar a lesão e alcançar longos períodos de remissão da doença, que diferem entre os paciente e parece depender de vários fatores como a história clínica do paciente e as terapias/tratamentos realizados anteriormente. O curso crónico e imprevisível da doença faz com que a psoríase seja de difícil tratamento (Coimbra, et al., 2013). O principal objetivo da terapia na psoríase é tentar controlar a doença através das suas manifestações clínicas e alcançar longos períodos de remissão.

Apesar de estar agregada a sentimentos de angústia, às consequências do stress no funcionamento do sistema imunológico e havendo um nível de gravidade considerável, tem havido poucos estudos de qualidade, que investigam a eficácia da intervenção psicológica na psoríase, porém um recente estudo sobre este conteúdo, projetado para melhorar a condição física e emocional do doente psoriático, identificou apenas oito estudos envolvendo a psoríase e tratamento na área da psicologia, no entanto ainda está a decorrer, pelo que ainda não se conhecem resultados concretos (Moon, et al., 2013).

É bem conhecido o facto de que existem pacientes psoriáticos com extensas lesões ao nível da pele que aparentam não estar incomodados com a sua doença e que se mostram muito ativos socialmente, por outro lado, existem outros que mesmo apresentando lesões pequenas sentem-se emocionalmente arrasados. Existe uma relação moderada entre severidade e incapacidade na psoríase. Esta condição permite a prescrição de fármacos como também intervenções psicoterapêuticas, o que traz efeitos positivos para o doente, dado que a psicoterapia, segundo Kossakowska (2010), pode ajudar no controlo da raiva, humor depressivo e ansiedade de forma mais eficaz e por isso diminuir o impacto da psoríase no indivíduo. Este estudo vem comprovar que o suporte psicológico, bem como a psicoterapia devem ser partes integrantes de uma equipa multidisciplinar no tratamento de doentes psoriáticos (Kossakowska, et al., 2010), em que através de pesquisas e estudos de casos, na maioria utilizam-se questionários validados para a recolha de dados (Kimball, et al., 2010). É uma doença que, independentemente da gravidade, afeta a qualidade de vida dos pacientes e pode ser tratada de forma sintomática e de várias formas, como por exemplo a terapia comportamental cognitiva, que como adjuvante da psicoterapia, foi demonstrado que pode melhorar significativamente a severidade clínica da psoríase (Cherian, 2006). A terapia biológica parece oferecer uma alternativa eficaz e segura às terapias

convencionais sistêmicas e à fototerapia para o tratamento da psoríase moderada a grave. Dada a natureza crônica da doença, os pacientes são levados, por vezes, a cumprir esta terapia com duração longa, de acordo com múltiplos fatores, tais como a gravidade dos sintomas e a presença de comorbilidades (Hernández, et al., 2012). O conhecimento acerca das características dos pacientes com queixas sobre a sua doença de pele, surge numa tentativa de alertar os médicos para encaminharem para um psiquiatra ou clínico desta área os pacientes mais propensos a beneficiar do tratamento psicológico.

CAPÍTULO III: EFEITOS PSICOSSOCIAIS DA PSORÍASE

3.1 Impacto no paciente

A psoríase atrai atenção, causa incômodo e rejeição e provoca reações de repugnância por parte da população em geral (Moon, et al., 2013).

Ginsburg e Link (1989) identificaram algumas áreas associadas com a estigmatização de modo geral, que são: rejeição, sentimentos relativos à imperfeição, sensibilidade para as atitudes dos outros, culpa e vergonha e já em 2012, Hrehorów e colaboradores repetiram o mesmo estudo e descobriram que mais de 78% dos pacientes estudados possuíam níveis elevados de estigmatização, ou seja é muito comum ocorrer este comportamento. No mesmo ano, Sampogna e seus colaboradores referiram que 37% dos pacientes sentiram-se várias vezes humilhados e frisam que este sentimento de vergonha foi o mais reportado pelos mesmos. Estas emoções podem levar os doentes a evitar locais públicos, a participação em atividades desportivas e mesmo evitar encontros sociais e/ou íntimos.

Com o avanço e desenvolvimento de instrumentos para avaliarem a qualidade de vida do paciente, existe já maior valorização acerca do impacto da psoríase em adultos bem como jovens ou crianças (Lewis-Jones, 1995 & Finlay, 1994; cit. in Barakin, et al. 2002). O impacto da psoríase entre géneros é igualmente um aspeto importante a considerar. Tal como outras doenças crónicas, pode igualmente, causar sofrimento e afetar negativamente a qualidade de vida do doente devido à sua visibilidade (Lin, 2012). Fox e colaboradores (2007), como citado em Lin (2012), identificaram que existe uma luta interna comum nos doentes psoriáticos, no que respeita à esperança de cura da doença, na tentativa de melhor a aceitarem como permanente. Muitos doentes expressam sentirem-se isolados por causa desta luta, daí o apoio de outros indivíduos na mesma situação fazê-los sentirem-se compreendidos pela oportunidade de poderem conversar e desabafar com alguém sobre a mesma experiência. O *stress* relacionado com a psoríase está relacionado com as dificuldades psicológicas inerentes às relações interpessoais destes pacientes do que propriamente com a gravidade da doença e a sua exacerbação tem sido atribuída a medicamentos, infeções e outros fatores (Cherian, 2006). O impacto dos fatores psicológicos na patogénese da psoríase foi há muito reconhecido e desde os anos cinquenta estabeleceu uma correlação entre stress e

Psoríase, em que uma das características da precipitação de eventos, é a violação das crenças e valores básicos do indivíduo, que se refere aos "modelos do mundo interno" (Bolby,1969), "estruturas de significado" (Marris,1975) "construções pessoais" (Kelly,1955), "mundos hipotéticos" (Parkes, 1975; Janoff-Bulman 1985, 1990, 1992; Janoff-Bulman e Frieze, 1983), "teorias pessoais da realidade" (Epstein 1973, 1991) e “sistemas de valores gerais” (Beck et al., 1979). Aprendidas na infância e adolescência, estas são um compromisso conosco mesmos, o mundo externo e a relação entre os dois. A presença das placas psoriáticas em áreas de elevada visibilidade, tais como a face ou as mãos, podem prejudicar o comportamento na sociedade de forma significativa (Wittkower, et al., 1953; Weinstein, et al. 1984; Buckwalter, et al. 1982) e apesar das evidências de que as mulheres são mais preocupadas com a aparência, em algumas situações clínicas, existe a preocupação relacionada com a imagem, relatadas por aqueles que apresentam esta condição, independentemente do gênero (Gupta, & Gupta, 1995, cit. in Woodruff, et al., 1997).

3.2 Impacto na Família

Os membros da família estão, na maioria das vezes, diretamente envolvidos nos cuidados ao paciente, o que pode ter um impacto significativo sobre o mesmo. Num estudo de Basra e Finlay (2007), 98% dos familiares sentiram-se psicologicamente afetados pela condição médica do paciente, citando preocupações, frustrações, *stress*, depressão, embaraço e ansiedade. Mencionaram ainda a necessidade de restringir atividades sociais, resultando na dificuldade em iniciar e/ou manter relações existentes., reforçando estes comportamentos, Eghlileb e colaboradores (2007; cit. in Moon et al., 2013) entrevistaram familiares destes doentes e mencionam que 57% relatou *stress* psicológico, 55% um certo transtorno social, 44% sentiram-se diminuídos nas atividades de lazer e 37% referiram que as relações mais íntimas estavam comprometidas. No geral, os familiares sentem que é cansativo cuidar destes pacientes e que isto afeta negativamente a sua própria saúde física e psicológica e ainda se sentem insatisfeitos com a ajuda médica e demonstram necessidade de mais apoio (Lin, 2012).

CAPÍTULO VI: PSICOPATOLOGIA NA PSORÍASE

São vários os estudos que evidenciam que o stress psicológico pode ter efeitos prejudiciais na fisiologia do ser humano (Adder, et al., 1995 & Glaser, et al., 2000, cit. in, Fortune, et al., 2003) e em particular quando se trata da pele (Kiecolt-Glaser, 1995 cit. in, Fortune, et al., 2003). Existe uma falta de conhecimento sobre a psoríase, de como os fatores somáticos e não-somáticos se combinam entre si afetando a qualidade de vida (Böhm, et al., 2012) e reforçando efeitos adversos sobre a saúde mental dos pacientes (Kurd et al., 2010). Sabendo já que o estigma associado às lesões visíveis na pele cria uma forte carga psicológica afetando múltiplas facetas da vida do paciente, também os aspetos físicos da psoríase, tal como a comichão, são componentes que vêm reforçar este choque psicológico. Os fatores psicossomáticos também desempenham um papel de relevo na psoríase. Koblentzer (1983) e Van Moffaert (1992, cit. in Picardi, et al., 2003) afirmam que as dificuldades psicológicas e sociais, a necessidade de esconder as lesões, a inibição social e a vulnerabilidade, podem contribuir para o desenvolvimento de uma patologia psiquiátrica e/ou levar ao abuso de substâncias (Hayes, 2010) e ainda estudos de controlo descobriram que pacientes psoriáticos tem níveis elevados de ansiedade e depressão, bem como ideação suicida, segundo relatos dos mesmos acerca da gravidade da sua doença (Cherian, 2006). A prevalência de doença psiquiátrica entre pacientes que frequentam clínicas de dermatologia é da ordem dos 30% a 40% (Hughes, et al., 1983, cit. in Woodruff, et al., 1997). O trabalho de Mizara (2012) relata que os esquemas não adaptativos (sentimentos duradouros e resistentes à mudança) são encontrados numa percentagem mais elevada em psoriáticos comparando com os não psoriáticos (Renner, et al., 2012, cit. in Kirby, 2012) mesmo estando estes últimos também associados a uma predisposição à depressão e outras doenças psicológicas.

Brophy, Taylor, Blake e Calin (2003) concordam que os doentes com imperfeições facilmente percetíveis em áreas do corpo como a face, couro cabeludo, mãos e área genital, são mais propensos a desenvolver angústia, depressão e ansiedade (Cotterill et al, 1997 & Coterrill, 1996; cit. in Barakin, et al. 2002).

4.1 Ansiedade e Depressão

Os indivíduos com psoríase, particularmente no rosto, são mais propensos a ter depressão reativa e apresentam maior risco de suicídio (Cotterill et al, 1997 & Cotterill, 1996; Gupta et al., 1993, cit in. Barakin, et al. 2002) e ansiedade (Majin, et al., 2008, cit. in Hayes, 2010). Depressão, ansiedade, abuso de álcool e tabaco, têm sido estudados como tendo uma prevalência significativamente maior entre os pacientes com psoríase, quando comparados com indivíduos saudáveis (Hayes, 2010). No estudo de Fortune e colaboradores (2002), como citado em Kossakowska e colaboradores (2010) deparamo-nos com a conclusão de que a percepção pessoal da doença, sua identidade e consequências, são preditores de ansiedade e depressão, assim como outro estudo revelou que a psoríase, com um início antes dos 40 anos é associada com maior nível de *stress* psicológico que a psoríase com início mais tardio (Youn, et al., 1999 cit. in Kossakowska, et al., 2010), tal como Remröd e colaboradores (2013) que revelam que os doentes com idades compreendidas entre os 20 anos são mais ansiosos e deprimidos comparativamente aos doentes mais velhos.

Uma pesquisa efetuada sobre a ansiedade, focaliza o seu estudo nos diferentes efeitos psicossociais da psoríase, a influência do stress no decurso da doença e o bem-estar dos pacientes (Berg, et al, 2008; & Kimball et al, 2005 cit. in Kossakowska, et al, 2010).

CAPÍTULO V: DIFICULDADES DE REGULAÇÃO EMOCIONAL NA PSORÍASE

Em psicologia o estudo de aspetos emocionais tem lugar de destaque, mesmo apresentando-se como complexo e de difícil delimitação (Faria, 2006) e até mesmo a psicanálise em alguns momentos contribuiu para acabar com o sofrimento, num projeto de regulação de emoções (Marin, 2001). As emoções são representadas por vários componentes cognitivos, biológicos, comportamentais, sociais e de expressão, que interagem entre si em diferentes graus de processamento e interpretam funções muito importantes, que permitem ao indivíduo a resolução de problemas, comunicação ou até mesmo a sua sobrevivência (Greenberg, 2004). Numa visão esquemática do processamento de emoção, o indivíduo continuamente interpreta, transforma e obtém significado a partir de um estímulo (interno ou externo) e essas sensações são interpretadas e anexadas a outras que após um esquema mais amplo de significado é formado e aqui desencadeia-se uma emoção, produzindo um conjunto de reações comportamentais e fisiológicas (ativação emocional) que são coordenadas no tempo, correlacionadas em intensidade e constituídas como componentes de uma resposta emocional (Greenberg, 2004). A regulação emocional refere-se aos processos pelos quais os indivíduos influenciam as suas emoções, quando as têm e como as manifestam e experienciam, podendo ser conscientes ou inconscientes, automáticos ou controlados e ter os seus efeitos num ou mais pontos do processo gerador da emoção (Gross, 2002). Este último autor defende que a regulação emocional constitui um aspeto essencial para encaminhar um comportamento adaptativo adequado, sendo que esta se torna desadaptativa quando a regulação emocional não muda a resposta emocional da maneira desejada, ou quando as consequências a longo prazo superam os benefícios de mudanças a curto prazo na emoção. Os resultados do estudo de Vari e colaboradores (2013) sugerem que os pacientes acometidos pela psoríase podem ter dificuldades, não só na compreensão das suas emoções, mas também na regulação das mesmas. Outros autores chegaram à conclusão que a mesma capacidade de regular as emoções pode estar ligada com a redução da psicopatologia associada e funcionamento pessoal, social e psicológico, mais adaptável (Velotti et al., 2013). A investigação sobre os fundamentos da relação entre emoção e doença tem vindo a recolher um corpo

considerável de dados empíricos que permite estabelecer hoje uma base sólida no sentido de ligar os fenómenos de ordem psicológica ao decurso da doença (Pennebaker, 1990; Ciarrochi, et al. 2002, cit. in Verissimo, 2005).

5.1 Reações emocionais

A personalidade e os fatores emocionais influenciam o decurso da psoríase e existem algumas investigações que indicam a existência de alguns traços de personalidade específicos nos psoriáticos, para que isto aconteça (Takahashi, et al., 2013) e os de carácter pessimista e de vulnerabilidade psicológica encontrados no estudo de Remröd e colaboradores (2013), estão estreitamente associados ao início precoce da psoríase, mas não à duração da doença.

Quando a aceitação da doença está ameaçada, é normal que os doentes percam a confiança nos conselhos médicos, possam surgir comportamentos de auto-tratamento, utilização de terapias alternativas, juntamente com a exigência por tratamentos mais agressivos, negação de terapias prescritas e surtos de sentimentos emocionais negativos (Stangier, et al., 2003, Nowakowska, 1983; Santon, et al., 2001 & Felton, et al., 1984 cit. in Zalewska, et al., 2007). A gravidade dos sintomas psiquiátricos deve ser tomada tão a sério como a gravidade das lesões da pele, porém, segundo os autores, o tratamento psicológico para sintomas da psoríase, não vai aumentar o bem-estar do paciente na mesma extensão que a recuperação física das lesões psoriáticas, portanto, é natural que exista alguma perturbação psicológica, que pode ser atribuída às características da experiência porque passam os pacientes com psoríase (Fortune, et al., 2004 cit. in Taner, et al., 2007).

Das reações emocionais, são destacadas as emoções negativas, em que o controlo precário destas deve requerer especial atenção dos médicos para a necessidade de um tratamento psicológico, profundo. Emoções negativas duradouras podem desorganizar o sistema nervoso vegetativo quando se trata de agitação e de inibição, o qual pode desregular as funções dos sistemas hormonal e imunológico, causar disfunção somática e assim levar à doença. Segundo os autores (Gupta & Gupta, 1995; cit. in Woodruff et al., 1997), as mulheres em idade avançada que sofrem de psoríase tendem a esconder as emoções negativas, não querendo expressá-las e preferindo evitá-las. A supressão excessiva de emoções e especialmente quando combinado com uma falta de expressão comportamental, pode causar efeitos negativos sobre a saúde (Kossakowska, et al.,

2010). Por conseguinte, o paciente é levado a gerir as emoções negativas a partir de diferentes estratégias preventivas, onde o papel das emoções é muito importante e pode influenciar à aceitação da doença e suas incapacidades. É crucial para os médicos e próprios pacientes saberem como se encontra a adaptação à doença, pois este aspeto também pode ter impacto na aderência ao tratamento médico (Timko et al. 1985, Basoglu et al. 1997; Staudinger et al. 1999; Schnyder et al. 2000; Madianos et al. 2001; Kjaer Fuglsang et al. 2002).

A idade está naturalmente correlacionada com o controlo das emoções negativas, como nos diz Juczynski (2001) e para reforçar esta ideia, Sampogna e colaboradores (2007), explicam que a qualidade de vida de doentes psoriáticos esteja mais prejudicada em doentes mais velhos e por esta razão existe um aumento de emoções negativas na idade adulta, portanto termina revelando que os pacientes do seu estudo com 70 anos ou mais, apresentavam maior stress psicológico quando comparados com os mais novos (Sampogna, et al., 2007 cit. in Kossakowska, et al., 2010). A perceção desta doença, especialmente em idades mais jovens, relaciona-se com o nível de controlo da raiva, ou seja isto sugere que os pacientes que adoecem em idade mais avançada são forçados a lidar e a controlar o sentimento de raiva mais intensamente, pois sabendo que a psoríase é uma doença destrutiva que mantém o paciente em desconforto psicológico, pode ser experienciada pelos pacientes como um evento agravante que está fora do seu controlo, como refere Kossakowska e colaboradores (2010).

Acontecimentos de vida graves não são a única fonte de stress psicológico, porque as situações de stress crónico e até mesmo pequenos aborrecimentos diários também podem prejudicar a saúde (Fava, et al., 2000, cit. in Picardi, et al., 2003).

5.2 Alexitimia

Alexitimia tem sido descrita como uma dimensão importante em diversas doenças médicas e psiquiátricas (Barbosa et al., 2011) e no seu estudo os autores descobriram uma correlação negativa significativa entre traços da alexitimia e as dimensões da qualidade de vida de pacientes com doença crónica e continuam comprovando que as relações interpessoais instáveis estão positivamente correlacionados com sintomas psicopatológicos e negativamente correlacionadas com a qualidade de vida. A alexitimia pode ser definida como um distúrbio cognitivo-afetivo que manifesta um

pensamento simbólico reduzido, fantasia empobrecida e capacidade limitada de identificar e expressar verbalmente as emoções (Lesser,1981; Taylor, 1984 & Sifneos, 1996 cit. in Picardi, et al., 2003).

As características da alexitimia são apontadas como prevalentes entre os indivíduos com uma doença de componente substancial psicossomática (Taylor,1984 & Sifneos, 1996 cit in., Picardi, A., et al., 2003). É frequente pensar-se que a alexitimia pode levar a uma auto-percepção deficiente de estados de tensão, aquando da presença de eventos stressores ou situações conflituosas, na vida do indivíduo, que podem tornar mais difícil encarar eficazmente esses mesmos stressores, (Picardi, et al., 2003) pois como foi inicialmente definida por Nemiah, Freyberger e Sifneos (1976), corresponde a um deficit na capacidade de usar processos cognitivos para regular as próprias emoções que engloba: a dificuldade em identificar os próprios sentimentos, a dificuldade em descrever esses sentimentos aos outros e um estilo cognitivo externamente orientado ou não psicológico (Almeida & Machado, 2004).

Como já é de conhecimento geral, o psoriático pode deparar-se com dificuldades perante o comportamento da sociedade em geral, acerca da sua doença e neste sentido o estudo de Karukivi (2011) vem referir que a falta de suporte social ao indivíduo, aparentemente pode ser preditor no desenvolvimento da alexitimia

5.3 O conceito de “*Embitterment*” - Amarguramento

O significado de “amargura”, não é assim tão desconhecido do indivíduo e alguma vez na vida, muitas pessoas já experimentaram este estado de espirito.

É uma emoção complexa, normalmente acompanhada por uma sensação de se sentir rebaixado ou insultado, um sentimento de que se é um perdedor, combinado com um desejo de lutar contra este sentimento, no entanto e ao mesmo tempo é uma sensação de estar encurralado e indefeso, o que posteriormente, pode levar o indivíduo à sede de vingança e agressão contra si mesmo e contra o ambiente.

Os indivíduos amargurados estão constantemente a recordar o evento insultuoso vezes sem conta, sendo que é doloroso e compensador também, revelando uma semelhança com os pensamentos intrusivos associados com PSPT (Perturbação de Stress Pós-Traumático). Linden (2011) escreve que amargura “é a emoção de condução em PTED

(Post-Traumatic Embitterment Disorder) em contraste com raiva no PTSD” (Post-Traumatic Stress Disorder). É ainda uma emoção familiar para a humanidade e que os antepassados gregos descreveram como: "Amargurados são aqueles que não conseguem estar harmonizados, os que guardam o rancor, são os que seguram a sua exaltação em si mesmos, não descansando a menos que vingança prevaleça. A vingança reduz a agitação e transforma a dor em contentamento. Se isto não acontecer, então aumenta a pressão. Como a crise interna não se abre aos outros, ninguém pode aconselhar e ajudar o indivíduo que sofre. Ele precisa de tempo para superar a exaltação interna. Estas pessoas são um fardo para si e seus amigos." (Aristoteles, Nicomachian Ethics, cit. in Linden et al., 2011). Segundo os mesmos autores, é um estado de humor, distinto de outras emoções negativas como depressão, ansiedade, desespero, ou até mesmo raiva, embora possa ocorrer em combinação com estas, tem a qualidade adicional de auto-culpa e um sentimento de injustiça, é incomodativo e tem um caráter de autorreforço, vai crescendo e tornando-se mais forte. Apesar das suas características psicopatológicas graves, o estado de amargura patológico grave têm sido profundamente ignorado pela psicologia, psiquiatria e medicina, pois este conceito não faz parte integrante da listagem nos sistemas de diagnóstico, como o CID 10 (WHO,1992) e o DSM-IV (APA,1994), ou sequer mencionado em glossários psicopatológicos como o AMDP-system (AMDP, 1995), a lista de termos técnicos no DSM-IV (APA, 1994) ou ainda em dicionários psicológicos (Colman 2003; Hacker e Stapf 1998). Para além da dimensão individual, amargura tem uma dimensão social também. Como a ansiedade, é uma emoção que pode ser encontrado não apenas num indivíduo singular mas também em grupos inteiros de pessoas. Os fenómenos psicopatológicos da amargura e o transtorno da amargura pós-traumática definido por Linden e colaboradores (2011), têm várias características do transtorno de resposta ao stress e, em particular de perturbação de adaptação.

Em resumo, amargura é uma emoção verdadeiramente humana, que tanto pode ser representada como integrante no núcleo da doença mental grave, como pode causar simplesmente problemas a nível social.

CAPÍTULO VI: OBJETIVOS

O objetivo principal desta investigação é: a avaliação das dificuldades de regulação emocional em doentes com psoríase, analisando o conceito de “*Embitterment*”. Este estudo visa uma melhor compreensão das dificuldades de regulação emocional e variáveis associadas, em pacientes com psoríase independentemente do seu estado atual (ativo ou em remissão). Destaca-se como objetivo principal analisar um novo estado emocional que é a amargura ou “*Embitterment*”, relacionando-o não só com a regulação emocional como com outras variáveis tais como a severidade da doença, sintomas psicopatológicos associados, dados demográficos e de saúde.

CAPÍTULO VII: MÉTODOS

Neste capítulo procede-se à apresentação da metodologia do estudo, que engloba os seguintes pontos: amostra, instrumentos, procedimentos e desenho do estudo.

7.1 Amostra

7.1.1 Caracterização da Amostra

a) Caracterização Sociodemográfica:

A amostra é constituída por 154 pacientes, 69 do sexo masculino e 85 do sexo feminino, sendo a média de idades de 46,68 anos ($DP= 14,080$) onde as idades são compreendidas entre os 18 e os 82 anos. Mais de metade são indivíduos casados ou em união de facto (60,5 %), os restantes são 25,5% solteiros, 6,4% são divorciados e 5,7% são viúvos. Em relação à raça, 96,8% são caucasianos, no entanto houve 2 indivíduos que não responderam. Nas habilitações literárias, 97,5% sabem ler e escrever, e apenas 1 indivíduo (0,6%) é analfabeto. Relativamente à frequência escolar, verifica-se que a maioria, 35,7%, possuem curso superior, 22,9%, 10 a 12 anos de escolaridade e com curso médio, 18,5%. A percentagem foi de 8,3% para quem tem 1 a 4 anos de escolaridade bem como de 7 a 9 anos. Por fim a escolaridade de 5 a 6 anos, teve uma percentagem de 3,8%.

A situação profissional distribui-se assim: mais de metade dos inquiridos (59,2%) está empregado, apenas 1 (0,6%) apresenta baixa médica, 15,9% de desempregados, 3,2% reformados por invalidez, 17,2% reformados pela idade e por último apenas 2 indivíduos (1,3%) são estudantes (ver Tabela 1).

Os doentes concentram-se maioritariamente na zona de Entre Douro e Minho com 43,3%, seguido da Extremadura e Ribatejo com 29,3%, na Beira Litoral residem 11,5%, de Trás-os-Montes e Alto Douro e Alentejo, 3,2% , no Algarve habitam 2,5% dos inquiridos e por último nas Ilhas apenas existem 0,6% dos indivíduos.

REGULAÇÃO EMOCIONAL NA PSORÍASE – um estudo de “Embitterment”

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica

<i>Idade</i>	M= 46,68	Dp= 14,080
	N	%
<i>Sexo</i>		
Masculino	69	43,9
Feminino	85	54,1
<i>Estado Civil</i>		
Solteiro	40	25,5
Casado/união de facto	95	60,5
Divorciado/Separado	10	6,4
Viúvo	9	5,7
<i>Raça</i>		
Caucasiana	152	96,8
<i>Habilitações Literárias</i>		
Analfabeto	1	0,6
Lê/escreve	153	97,5
<i>Frequência escolar</i>		
1 a 4 anos	13	8,3
5 a 6 anos	6	3,8
7 a 9 anos	13	8,3
10 a 12 anos	36	22,9
Curso médio	29	18,5
Curso superior	56	35,7
<i>Situação Profissional</i>		
Empregado	93	59,2
Baixa médica	1	0,6
Desempregado	25	15,9
Reformado por invalidez	5	3,2
Reformado por idade	27	17,2
Estudante	2	1,3

b) Caracterização Clínica

Os inquiridos apresentavam diagnóstico de psoríase há cerca de 33 anos ($M= 32,77$, $DP= 28,962$) sendo a variação entre menos de 1 ano e 70 anos.

Verificou-se que a existência da doença no seio familiar afeta mais de metade dos indivíduos com cerca de 63,7%. Relativamente ao recurso a profissionais de saúde para o tratamento da doença, feito nos últimos 2 anos, verificou-se que, 65,6% dos indivíduos recorreu a 1 ou 2 dermatologistas, e 55,4% consultaram 1 a 2 médicos de outra especialidade. Quase metade dos indivíduos (47,1%) experimentou mais de 5 tratamentos para a psoríase, e 36,3% nomeou como sentindo-se satisfeito com o mesmo, seguido de “muito satisfeito” (29,9%), “pouco satisfeito” (22,3%) e “nada satisfeito” (9,6%). Com relação ao número de dias que faltou ao trabalho/escola devido à doença, 86 % respondeu que não faltou, bem como 79,6% também não alterou a sua atividade diária. Da mesma forma, os indivíduos responderam negativamente ao facto de lhe ser negado o acesso a alguma atividade profissional (87,9%) e a doença não condicionou a opção profissional (84,1%). O valor despendido, mensalmente, pelos pacientes foi distribuído entre 5€ e 250€, porém o valor mais apontado foi de 100€ (11,5%).

Relativamente ao item “Como considera a sua doença”, a perceção da gravidade e do incómodo provocado pela mesma salienta que a amostra se distribui com mais incidência no fator grave (47,8%) e incómoda (51%).

Apesar de cerca de metade dos indivíduos (51,6%) não apresentarem doenças associadas, os que responderam afirmativamente destacam as doenças osteoarticulares (15,9%) e respiratórias (7,6%). As neurológicas apenas estão presentes em 2,5% dos indivíduos.

O diagnóstico de ansiedade e depressão afeta cerca de metade dos pacientes (52,2%), verificou-se que 73,9% também não tem acompanhamento psicológico/psiquiátrico e 68,8% dos inquiridos não toma ansiolíticos ou antidepressivos.

c) Caracterização dos comportamentos de saúde

Considerando os comportamentos de saúde dos doentes, 64,3% é não fumador, 30,6% bebe café (média de 2 por dia), 65,6% não consome álcool, 38,9% não pratica exercício físico e 40,8% dorme cerca de 7 horas por noite.

7.2 Instrumentos de avaliação

Os instrumentos selecionados para este estudo foram o PTED – Post-Traumatic “*Embitterment*” Disorder (Freitas et al., 2012) a fim de conhecer e avaliar os níveis de amargura nos psoriáticos, a EDRS - Escala de Dificuldades na Regulação Emocional, adaptada por Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha & Dias (2009), com o objetivo de avaliar as dificuldades da regulação emocional, o PDI – Índice de Incapacidade Provocada pela psoríase, adaptado por Fernandes (2010), o BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos, adaptado por Canavarro (1995), o SAPASI - Self-administered Psoriasis Area and Severity Index (Feldman, 1994) para avaliar a severidade da doença, e uma ficha sociodemográfica e clínica. Utilizou-se o questionário sociodemográfico e clínico (Almeida, & Teixeira 2011) e à tradução e adaptação do SAPASI.

7.2.1 Questionário Sociodemográfico e Clínico

Para obter informações demográficas e sociais dos doentes da amostra, recorreu-se ao uso de um questionário, construído por Almeida e Teixeira (2011), em que foi administrado com o objetivo de recolher informações como: sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, profissão, situação profissional, raça e residência. E mais especificamente, de acordo com o tipo de população em análise, surgiram algumas questões relacionadas com a doença: duração, história familiar de psoríase, número de médicos dermatologistas e de outras especialidades contactados, quantidade e grau de satisfação com o tratamento, alterações nas atividades diárias, faltas ao trabalho, gravidade e impacto da doença, outras doenças associadas, manifestações de ansiedade

e/ou depressão, existência de acompanhamento psicológico e toma de ansiolíticos ou antidepressivos. Por fim, dados sobre os comportamentos de saúde, que englobavam a quantidade de bebidas alcoólicas e cafés ingeridos por dia e número de cigarros fumados, assim como o número de horas de exercício físico realizadas por semana e de sono por dia.

7.2.2 Escala de Dificuldade na Regulação Emocional (EDRE)

A Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (*Difficulties in Emotion Regulation Scale*, de Gratz & Roemer, 2004) é um instrumento que permite estudar as dificuldades de regulação emocional de forma abrangente e compreensiva, tendo aqui a sua principal diferença em relação às medidas existentes anteriormente de regulação emocional, principalmente a desadaptativa, medindo assim a sua complexidade e os aspetos clinicamente relevantes.

Esta escala é constituída por 36 itens, cuja resposta implica que os participantes avaliem a frequência de sentimentos, numa escala em que o 1 corresponde a “quase nunca”, o 2 corresponde a “algumas vezes”, o 3 corresponde a “cerca de metade do tempo”, o 4 corresponde a “a maioria do tempo” e por fim o 5 corresponde a “quase sempre”.

O resultado final da EDRE reflete a flexibilidade do indivíduo em utilizar estratégias de regulação emocional, eficazes e adaptadas à situação. Esta escala foi adaptada para a população portuguesa num estudo desenvolvido por Coutinho e colaboradores (2009). Os resultados indicaram ainda que a EDRE possui elevada consistência interna, (*alfa de Cronbach*) $\alpha = 0.92$, um valor próximo ao do estudo original. O valor obtido de 0.82 traduz uma excelente fiabilidade teste-reteste e também ao nível das subescalas os valores foram muito aceitáveis. A análise fatorial resultou em sete fatores, mas os autores da escala original concluíram que seis fatores era o necessário para este instrumento, assim estes seis fatores explicavam 58.24% da variância total.

7.2.3 Escala “Embitterment” (PTED Self Rating Scale- Versão Portuguesa)

Traduzida e validada para a população portuguesa por Freitas e colaboradores (2012) com bons níveis de consistência interna (*Alfa de Cronbach*=0,94). A estrutura factorial não obedecendo à versão original, é composta por 19 itens numa escala tipo *Lickert* em

que 0 corresponde a “não é verdadeiro”, 1 “difícilmente é verdadeiro”, 2 “pouco verdadeiro”, 3 “muito verdadeiro” e 4 “extremamente verdadeiro”. Os itens são agrupados em 3 fatores: I – Dificuldades no Funcionamento Social; II Resposta Emocional negativa a um evento; e, III Pensamentos de Vingança. O objetivo da administração deste instrumento prendeu-se com o interesse em mensurar o “amarguramento” estando o conceito associado a acontecimentos de vida negativos.

7.2.4 Inventário Breve de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos (*Brief Symptoms Inventory*, de Derogatis, 1993) tem como objetivo avaliar os sintomas psicopatológicos em relação a nove dimensões de sintomatologia (somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo) e além destes valores distingue ainda três índices globais (índice geral de sintomas, índice de sintomas positivos e total de sintomas positivos), que são avaliações sumárias de perturbação emocional, representando aspetos diferentes de psicopatologia. O BSI é um instrumento constituído por 53 itens, onde é solicitado aos participantes que registem o seu grau de concordância relativamente a cada uma das questões, às quais o sujeito deve responder numa escala tipo *Lickert* de 5 pontos desde 0 (nunca) até 4 (muitíssimas vezes), classificando o quanto cada problema o afetou durante a última semana. A cotação das nove dimensões psicopatológicas é feita através da soma dos valores (0-4) obtidos em cada item. A pontuação obtida nas nove dimensões fornece informação sobre o tipo de sintomatologia que mais perturba o sujeito, enquanto a visualização dos índices globais permite medir o nível de sintomas psicopatológicos exibido (Simões *et al.*, 2008). Este questionário foi traduzido e aferido para a população portuguesa, por Canavarro em 1995 (Canavarro, 2007) em que as nove dimensões demonstram adequados níveis de consistência interna, assim como a fiabilidade do questionário em todas as escalas, apresentou aceitáveis coeficientes de correlação de Pearson.

7.2.5 Índice de Incapacidade provocada pela Psoríase (PDI)

O Índice de Incapacidade Provocada pela Psoríase (*Psoriasis Disability Index*, de Finlay, 1993) tem como objetivo quantificar o impacto da psoríase na vida dos pacientes. Este instrumento foi desenvolvido para adultos, ou seja, para pacientes com idades iguais ou superiores a 16 anos. A janela de tempo considerada para as questões direciona-se para as quatro semanas anteriores ao preenchimento do questionário.

É constituído por 15 itens e dividido em 5 subescalas (atividades quotidianas, trabalho/escola ou perguntas alternativas, relacionamentos pessoais, atividades de lazer e tratamento). A pontuação de cada questão é dada numa série de 4 respostas, nada (= 0), ligeiramente (= 1), bastante (= 2), muito (= 3) e se a pergunta é deixada sem resposta a pontuação considerada é 0. O resultado do PDI é então calculado pela soma da pontuação de cada uma das 15 questões, resultando num máximo de 45 e num mínimo de 0. O resultado final demonstra que quanto mais elevado for o valor obtido maior é a incapacidade do indivíduo (Finlay *et al.*, 1990). O PDI foi traduzido e aferido para a população portuguesa por Fernandes (2010), e a escala demonstrou bom nível de consistência interna sendo o *alfa de Cronbach* de 0.89. O questionário mostrou boa fiabilidade teste-reteste, com um coeficiente de correlação de Pearson global de 0.89.

7.2.6 SAPASI

O SAPASI é um instrumento de avaliação da severidade da psoríase autoadministrado que apresenta a vantagem de permitir obter resultados de um modo mais rápido e prático, onde o preenchimento é efetuado pelo doente, que o PASI - *Psoriasis Area Severity Index* (Fredriksson & Pettersson 1978), instrumento de avaliação da gravidade efetuado por um clínico e mais extenso e que não tem em conta a perceção por parte do doente da sua doença.

É um instrumento que permite uma avaliação pelo paciente, da severidade da psoríase através da perceção de três características das lesões, a cor (cor da pele rosa claro, rosada, vermelho vivo, vermelho escuro), a espessura (planas, ligeiramente elevadas, elevadas, espessas, muito espessas) e a descamação (sem descamação, levemente descamativa, descamação fina, descamação grossa, descamação grossa e aderente),

numa escala visual analógica. Estas três dimensões são consistentes entre si e verificamos um valor de consistência interna de $\alpha = 0.80$. Em todas elas quanto mais elevada a pontuação que o doente lhe atribui (0-120), maior a severidade da doença. A gravidade percebida da doença não é apenas avaliada pelas características das lesões de psoríase, mas também pela parte do corpo afetada (cabeça, membros superiores, tronco e membros inferiores), o doente assinala sombreando numa figura as zonas afetadas.

7.3 Procedimentos

7.3.1 Recolha de dados

A recolha da amostra foi feita de forma aleatória, em que os participantes foram obtidos em pontos distintos do país. A aplicação dos instrumentos aos participantes decorreu entre outubro de 2012 e fevereiro de 2013, através da internet com o questionário *online* ou pelo questionário em papel.

Os objetivos do estudo e o caráter voluntário e confidencial da participação na investigação, foram descritos aos participantes, sendo obtido o consentimento informado. De seguida, houve o preenchimento do protocolo.

7.3.2 Análise dos dados

Os dados obtidos foram tratados estatisticamente através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS versão 21.0. Quando se pretende correlacionar duas variáveis, utilizou-se o teste *r de Pearson*, e nas comparações entre grupos recorremos à análise de variância *one-way ANOVA* (para mais de 2 categorias) e ao teste *t* para amostras independentes (até 2 categorias). O teste *Qui-Quadrado* foi também usado a fim de comparar grupos de caráter categorial.

7.4 Desenho do Estudo

De acordo com a revisão teórica realizada, compreendemos que a psoríase faz parte do leque das doenças crónicas e apesar de afetar cerca de 250.000 pessoas só em Portugal, este não é um assunto abordado em estudos anteriores ao nosso, daí sentirmos ser importante e uma mais valia acrescentar informação e conhecimento com este estudo. A psoríase abrange o carácter físico, psicológico e social do indivíduo, e nesta perspectiva pareceu-nos relevante fazer um estudo transversal e descritivo acerca da psicopatologia associada aos doentes e dificuldades na regulação emocional, incluindo o novo constructo, o Amarguramento.

CAPÍTULO VIII: RESULTADOS

Correlações com os Dados Sociodemográficos:

Foi revelada uma correlação positiva entre a idade e a subescala das dificuldades no funcionamento social, ou seja, quanto mais aumenta a idade, mais o indivíduo apresenta dificuldades no funcionamento social.

Tabela 2. *Correlação entre “Embitterment” e idade:*

“Embitterment”	Idade	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Dificuldades Funcionamento Social	0,180*	0,035

Nota: Os valores referem-se a correlações *r* de Pearson; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Correlações com os Dados de Saúde:

Existem de facto correlações positivas neste item, para 2 subescalas do “Embitterment”, ou seja os pacientes que consultaram dermatologistas (últimos 2 anos) apresentam de forma mais significativa pensamentos de vingança associados, bem como dificuldades no funcionamento social. No caso de outras especialidades não foram encontradas correlações estatisticamente significativas.

Tabela 3. *Correlação entre “Embitterment” e Número de médicos que consultou (dermatologistas):*

		Nº de médicos que consultou (dermatologistas)	
“Embitterment”			
		<i>r</i>	<i>p</i>
Dificuldades Funcionamento Social		0,169*	0,049
Pensamentos de vingança		0,284**	0,001

Nota: Os valores referem-se a correlações *r* de Pearson; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Estes resultados demonstram que os pacientes que recorrem ao acompanhamento psicológico ou psiquiátrico revelam menores níveis de amarguramento, principalmente menos dificuldade no funcionamento social e menos pensamentos de vingança.

Tabela 4. *Correlação entre “Embitterment” e acompanhamento psicológico/psiquiátrico:*

Acompanhamento psicológico/psiquiátrico		
“Embitterment”		
	<i>r</i>	<i>p</i>
Dificuldades no funcionamento social	-0,231**	0,006
Pensamentos de vingança	-0,202*	0,015

Nota: Os valores referem-se a correlações *r* de Pearson; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Os indivíduos que de fato tomam ansiolíticos ou antidepressivos revelam menores dificuldades no funcionamento social, e na resposta emocional a um evento.

Tabela 5. *Correlação entre “Embitterment” e o uso de ansiolíticos ou antidepressivos:*

	Toma ansiolíticos ou antidepressivos	
“Embitterment”	r	p
Dificuldades no Funcionamento Social	-0,252**	0,003
Resposta Emocional	-0,191*	0,026

Nota: Os valores referem-se a correlações *r* de Pearson; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Correlações com os comportamentos de saúde:

Neste item obteve-se uma correlação positiva, estatisticamente significativa e foi encontrado que quanto maior é a pontuação do teste SAPASI, maiores são as dificuldades no funcionamento social, mais respostas emocionais a um evento e mais pensamentos de vingança.

Tabela 6. *Correlação entre “Embitterment” e Cotação final do SAPASI:*

Cotação final (SAPASI)		
“Embitterment”	<i>r</i>	<i>p</i>
Dificuldades no Funcionamento Social	0,227**	0,008
Resposta emocional	0,193*	0,023
Pensamentos de vingança	0,200*	0,016

Nota: Os valores referem-se a correlações *r* de Pearson; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Em todas as dimensões do amarguramento foram encontradas associações positivas com a sintomatologia psicopatológica, nomeadamente com o psicoticismo, a hostilidade, ideação paranoide e índice geral de sintomas. No caso da depressão foi encontrada associação com as dimensões dificuldade no funcionamento social e resposta emocional, mas não com os pensamentos de vingança.

Tabela 7. Correlação entre o “Embitterment” e os Sintomas Psicopatológicos

“Embitterment”		Sintomas Psicopatológicos																			
		Somatização		Obsessão Compulsão		Sensibilidade de Interpessoal		Depressão		Ansiedade		Hostilidade		Ansiedade e Fóbica		Ideação Paranoide		Psicoticismo		Índice geral de Sintomas	
		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Dificuldades no funcionamento social								0,267**	0,009	0,209*	0,043	0,220*	0,033			0,225*	0,029	0,313**	0,002	0,243*	0,018
Resposta emocional								0,277**	0,007	0,249*	0,015	0,237*	0,021			0,261*	0,011	0,216*	0,036	0,244*	0,017
Pensamentos de vingança												0,260**	0,010			0,227*	0,024	0,295**	0,003	0,218*	0,031

Nota: Os valores referem-se a correlações *r* de Pearson; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Foram encontrados resultados onde as variáveis se correlacionam positivamente, no entanto apenas uma subescala da regulação emocional não obteve dados estatisticamente significativos: a consciência. As dificuldades no funcionamento social correlacionam-se com todas as outras escalas da regulação emocional.

Existe uma não-aceitação da resposta emocional, dificuldade em agir conforme os objetivos, e na falta de clareza emocional, aquando de uma resposta emocional a um evento, existem também mais pensamentos vingança quanto mais dificuldade de regulação emocional, em todas as subescalas.

Encontramos valores idênticos nas dificuldades de funcionamento social e pensamentos de vingança nas subescalas de estratégias, na compreensão de emoções, na não-aceitação de respostas emocionais, na dificuldade em agir de acordo com os objetivos e na falta de clareza emocional.

Tabela 8. *Correlação entre o “Embitterment” e a Regulação Emocional:*

“Embitterment”		Regulação Emocional									
		Estratégias		Não-aceitação		Impulso		Objetivos		Clareza	
		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Dificuldades de funcionamento social	no	0,319**	0,000	0,434**	0,000	0,280*	0,017	0,449**	0,000	0,278**	0,001
Resposta emocional				0,401**	0,000			0,380**	0,000	0,203*	0,018
Pensamentos de vingança	de	0,346**	0,000	0,364**	0,000	0,326**	0,000	0,309**	0,000	0,296**	0,000

Nota: Os valores referem-se a correlações *r* de Pearson; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

CAPÍTULO IX: DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo demonstraram que a idade do paciente está diretamente correlacionada com o amarguramento, assim como faz referência o autor Ünal e colaboradores (2011), “os eventos negativos causam efeitos prejudiciais que podem provocar na vida da pessoa que o vivenciou um comprometimento gradual e contínuo na sua saúde mental”, ou seja, à medida que os anos vão passando, é natural que o indivíduo demonstre diminuição de algumas funções, acrescentando um evento negativo, as funções saem prejudicadas.

Dos pacientes inquiridos que consultaram dermatologistas apresentam de forma mais significativa pensamentos de vingança associados, bem como dificuldades no funcionamento social o que poderá induzir-nos para indivíduos com perturbação da personalidade, no caso, paranoide, porque Linden e seus colaboradores (2011), estudaram indivíduos que foram diagnosticados com ideação paranoide, e descobriram que estes têm uma tendência para interpretar eventos como humilhantes ou ameaçadores e a guardar ressentimentos relativamente a insultos ou humilhações passadas. Estes pacientes sentem-se postos de lado, onde o próprio evento negativo (divórcio, desemprego, etc.), representa uma traição e ameaça à sua autonomia, e como consequência desenvolvem sentimentos de desespero, desamparo e amarguramento, ansiedade e depressão. Poder-se-á pensar ou hipotetizar que os pacientes buscam incessantemente um e outro especialista, diferentes respostas ao tratamento, pois não sentem total confiança e não acreditam no sucesso daquela terapêutica.

Apesar dos nossos resultados não terem sido estatisticamente significativos, constatámos que quantos mais tratamentos o paciente experimentou, menos dificuldades no funcionamento social, resposta emocional e pensamentos de vingança demonstraram. O “Embitterment” ou amarguramento consiste numa reação psicológica para eventos de vida não fatais mas sim excepcionais, como conflitos no trabalho, desemprego, divórcio, doença grave, ou morte de um familiar (Linden, 2007 & 2011), que podem naturalmente comprometer os valores vitais e cognitivos do indivíduo. Os pacientes diagnosticados com esta perturbação emocional, apresentam uma série de sintomas psiquiátricos comuns tais como, depressão, somatização, pensamentos intrusivos (Dobricki et al. 2010). Estes devem ser tratados como doentes. A experiência clínica sugere mesmo que

isto pode levar a um estado de espírito bastante incapacitante, tornar-se perigoso para o paciente e também para aqueles que convivem com ele (Linden 2009).

De acordo com Ginsburg (1993), muito dos doentes com psoríase passam por dificuldades psicológicas e sociais criadas pelo seu meio ambiente, sentindo-se humilhados quando expõem o seu corpo durante certas atividades como, natação, relações íntimas, chuveiros públicos ou condições que não providenciam privacidade suficiente, afetando todas as áreas da sua vida. Noutro estudo de Mingnorange e colaboradores (2001), a maior parte dos doentes relatou dificuldades de adaptação psicossocial, principalmente na área das atividades diárias.

Relativamente ao acompanhamento psicológico, os nossos dados revelaram que quem procura ajuda psicológica ou psiquiátrica no tratamento da psoríase, demonstra menores níveis de amarguramento, o que é um dado positivo, importante e de salientar tanto para a comunidade clínica como para o paciente que possui alternativas, no melhoramento da sua doença, para além das medicamentosas, tal como divulga Fortune, e colaboradores (2003), os pacientes com psoríase independentemente da sua classificação podem beneficiar com a intervenção psicológica antes e durante o tratamento. Para além do tratamento psicológico, também verificamos que o fato de recorrerem a tratamento através de medicação auxilia o indivíduo no que respeita às dificuldades no funcionamento social, mais adaptativo, e menos respostas emocionais.

Sendo a severidade da psoríase avaliada através de um questionário (SAPASI), verificamos que quanto maior a pontuação desse teste, maiores são as dificuldades no funcionamento social e segundo Azambuja (1992), da mesma forma que se compreende o aumento da ansiedade e de sentimentos de contenção em função da doença, também se percebe a associação entre sintomas psicológicos e o agravamento dos sintomas físicos. Noutro estudo, Russo e colaboradores (2004), também constataram que a doença tem um impacto emocional no indivíduo, não estando necessariamente relacionado com a extensão da lesão.

Os sintomas psicopatológicos estão estatisticamente correlacionados com o “Embitterment”, que segundo os resultados, os indivíduos com dificuldade no funcionamento social tendem a apresentar depressão e funcionamento psicótico e a resposta emocional a um evento pressupõe também depressão, assim como refere Barakin e colaboradores (2002), o grau de prurido em pacientes com dermatite atópica e psoríase está fortemente correlacionada a psicopatologia depressiva. Relativamente à

presença de pensamentos de vingança, estes surgem ao mesmo tempo em que podem também aparecer sintomatologia de hostilidade e de psicoticismo.

A correlação obtida entre as escalas do “*Embitterment*” e Regulação Emocional foi positiva, ou seja, os indivíduos que possuem maior dificuldade no funcionamento social, dificuldade em dar uma resposta emocional a um evento, e com mais pensamentos de vingança, apresentam igualmente uma aceitação negativa às respostas emocionais e dificuldade em agir de acordo com os objetivos.

Uma resposta de amarguramento pode tornar-se disfuncional quando atinge maior intensidade e é acompanhada por sentimentos de desamparo, humor disfórico, pensamentos intrusivos, hetero-agressividade evitamento fóbico de certos lugares e pessoas, que a fazem recordar o evento crítico (Hauer, 2006 & Linden, 2009). Pode existir também uma diminuição no desempenho das atividades diárias, irritabilidade, inquietação e resignação. O indivíduo muitas vezes apresenta queixas somáticas, tais como a perda de apetite, perturbações do sono, (Linden, 2008), embotamento emocional, insónias, hiperatividade, impulsividade e ansiedade (Linden, 2011).

CAPÍTULO X: CONCLUSÃO

A visibilidade das doenças de pele aumenta a probabilidade de existir estigma associado a esta condição. Estas devem ser percebidas não apenas pelos seus sintomas, mas também por parâmetros físicos, psicológicos e sociais.

Um dos aspetos fundamentais deste estudo foi procurar entender a psoríase, os psoriáticos e o vínculo existente com as dificuldades de regulação emocional. Um outro conceito foi investigado e analisado neste estudo, o “Embitterment”, o amarguramento, que poderia estar associado aos doentes psoriáticos, que convivem diariamente com esta doença, e facto é que concluímos que as dimensões deste conceito estão diretamente associadas ao aparecimento de sintomas psicopatológicos, como é o caso da depressão e hostilidade. É intenção deste estudo, rogar aos leitores para que estes sejam mais sensíveis às expressões psicopatológicas, pois elas existem e são bem reais e que estes resultados permitam o desenvolvimento de futuras intervenções. Saliento que é pertinente esta área ser largamente expandida na comunidade clínica, com os profissionais de saúde, com o propósito de alertar as pessoas para esta problemática e haver mais recursos para a melhoria substancial da saúde física e sobretudo psicológica dos psoriáticos, pois uma das dificuldades sentidas foi a falta de informação sobre psoríase principalmente em Portugal.

CAPÍTULO XI: REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, V., & Machado, P. (2004). Um estudo nos Cuidados de Saúde Primários. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (2), 285-298.
- Bahmer, A., Kuhl, J., & Bahmer, A. (2007). How do Personality Systems Interact in Patients with Psoriasis, Atopic Dermatitis and Urticaria? *Acta Dermatologica e Venereologica*, 87, 317-324.
- Barbosa, F., Freitas, J., Barbosa, A. (2011). Alexithymia in chronic urticaria patients. *Psychology, Health & Medicine*, 16 (2), 215-224.
- Barakin, B., & DeKoven, J. (2002). Psychosocial effect of common skin diseases. *Canadian Family Physician*, 48, 712-716.
- Bilaç, C., Ermertcan, A., Bilaç, D., Deveci, A., & Horasan, G. (2009). The relationship between symptoms and patients characteristics among psoriasis patients. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology*, 75, 551.
- Böhm, D., Gissendanner, S., Bangemann, K., Snitjer, I., Werfel, T., Weyergraf, A., Schmid-Ott, G. (2012). Perceived relationships between severity of psoriasis symptoms, gender, stigmatization and quality of life. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 26 (10), 1197-1329.
- Campalani, E., & Barker, J. (2005). The clinical Genetics of Psoriasis. *Current Genomics*, 6 (1), 51-60.
- Canavarro, M. (2007). Inventário de sintomas psicopatológicos (BSI) uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal: Quarteto (3), 305-330).
- Cherian, R. J. (2006). Life events. Psychopathology and Personality in patients with Psoriasis. Bangalore: Rajiv Gandhi University of Health Sciences.
- Coimbra, S., Oliveira, H., Belo, L., Figueiredo, A., Rocha-Pereira, P., Santos-Silva, A. (2013). Principal Determinants of the Length of Remission of Psoriasis Vulgaris After Topical, NB-UVB, and PUVA Therapy. *American Journal of Clinical Dermatology* 14 (1), 49-53.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreira, R., & Dias, P. (2009). Versão Portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e a sua Relação com sintomas Psicopatológicos. *Revista Psiquiátrica Clínica*, 145-151.
- Cram, D. (1981). Current advances in etiology and treatment. *Journal of American Academy of Dermatology*. (4), 1, 1-14.

Danielsen, K., Olsen, A.O., Wilsgaard, T. and Furberg, A.-S. (2013). Is the prevalence of psoriasis increasing? A 30-year follow-up of a population-based cohort. *British Journal of Dermatology*, 168: 1303–1310.

Derogatis, L. & Melisaratos, N. (1993). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.

Ding, X., Wang, T., Shen, Y., Wang, X., Zhou, C., Tian, S., Liu, Y., Peng, G., Zhou, J., Xue, S., Wang, R., Tang, Y., Meng, X., Pei, G., Bai, Y., Liu, Q., Li, H., Zhang, J. (2012). Prevalence of psoriasis in China: A population-based study in six cities. *European Journal of Dermatology*. 22, (5) 663-667.

D'Erme, A., Zanieri, F., Campolmi, E., Santosuosso, U., Betti, S., Agnoletti, A. F., Lotti, T. (2012). Therapeutic implications of adding the psychotropic drug escitalopram in the treatment of patients suffering from moderate-severe psoriasis and psychiatric comorbidity: a retrospective study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 145-151.

Faria, C.A. (2006) *Aplicação do escalonamento multidimensional ao julgamento e classificação de conceitos emocionais*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.

Fernandes, B. (2010). *Qualidade de Vida nos Doentes com Psoríase- Criação da Versão Portuguesa do Psoriasis Disability Index*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Portugal.

Finlay AY, Khan GK, Luscombe DK, Salek MS. (1990) Validation of Sickness Impact Profile and Psoriasis Disability Index in psoriasis. *British Journal of Dermatology* 123(6), 751-6.

Finlay AY, Coles EC. (1995). The effect of severe psoriasis on the quality-of-life of 369 Patients. *British Journal of Dermatology* 132 (2):236-44.

Fredriksson, T., & Pettersson, U. (1978). Severe psoriasis—oral therapy with a new retinoid. *Dermatologica* 157, 238-244.

Freitas, D., Bastos, V., Teixeira, A., & Rocha, J. (2012). *Tradução e validação da versão portuguesa da Post-Traumatic Embitterment Disorder (PTED) Scale*. Dissertação de mestrado, UnIPSA; Centro de Investigação em Ciências da Saúde (CICS), Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, CESPU, Gandra, Portugal.

Fortune, D.G., Richards H.L., Kirby, B., McElhone, K., Markham, T., Rogers, S., Main, C.J., Griffiths, C.E.M. (2003). Psychological Distress Impairs Clearance Psoriasis in Patients Treated With Photochemotherapy. *American Medical Association*, 139, 752-756.

Greenberg, L. (2004). Emotion-Focused Therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 3–16.

- Griffiths, C., & Barker J. (2007). Psoriasis: Pathogenesis and clinical features of Psoriasis. *The Lancet*, 370 (9583), 263-272.
- Gross, J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291.
- Hayes, J., Koo, John. (2010). Psoriasis: depression, anxiety, smoking, and drinking habits. *Dermatological Therapy*, 23, 174-180.
- Hernández, J.M., Sánchez-Regana, M., Izu, R., Mendiola, V., García-Calvo, C. (2012). Evaluación clínica y terapéutica de los pacientes con psoriasis moderada o grave en España. Estudio Secuence. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 1-8.
- Karukivi, M. (2011). Associations between alexithymia and mental well-being in adolescents. Doctoral thesis (article-based), *Institute of Clinical Medicine; Department of Adolescent Psychiatry, University of Turku*.
- Kimball, A.B., Gieler, U., Linder, D., Sampogna, F., Warren, R.B., Augustin, M. (2010). Psoriasis: is the impairment to a patient's life cumulative?. *Journal of European Academy of Dermatology and Venereology*, 24, 989-1004.
- Khan, S.M.A.H., Shaikh, M.A.K., Ali, M.Z. (2013). Depression in common dermatological patients attending outpatient department. *KYAMC Journal*, 2 (2), 164 171.
- Kossakowska, M.M., Ciescinska, C., Jaszewska, J., Placek, W.J. (2010). Control of negative emotions and its implication for illness perception among psoriasis and vitiligo patients. *Journal of European Academy of Dermatology and Venereology*, 24, 429–433.
- Kurd, S.K., Troxel, A.B., Crits-Christoph, P., Gelfand, J.M. (2010). The Risk of Depression, Anxiety, and Suicidality in Patients with Psoriasis - A Population-Based Cohort Study. *Acta dermatologic*, 146 (8), 891-895.
- Lambert, J., Dowlatshahi, E.A., Brassinne, M., Nijsten, T. (2012). A descriptive study of psoriasis characteristics, severity and impact among 3,269 patients: results of a Belgian cross sectional study (BELPSO). *European Journal of Dermatology* 22, (2), 231-237.
- Langley, R., Krueger, G., & Griffiths, C. (2005). Psoriasis: Epidemiology, Clinical features, and quality of life. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 64, 18-24.
- Linden, M., Maercker, A. (2011). Embitterment: Societal, psychological, and clinical perspectives. Leipzig, Alemanha: SpringerWien, NewYork.
- Magin, P., Adams, J., Heading, G., Pond, D., Smith, W. (2009). The psychological sequelae of psoriasis: Results of a qualitative study. *Psychology, Health & Medicine*, 14 (2), 150-161.
- Marin, I.K. (2001). O sofrimento e a contemporaneidade. *Pulsional Revista de Psicanálise*, 146, 7-14.

Moon, H.S., Mizara, A., McBride, S.R. (2013). Psoriasis and Psycho-Dermatology. *Dermatology and Therapy Research, London*, 1-14.

Oliveira, C., Teixeira, A., Almeida, V. (2013). *Construção e Validação de um Questionário de Adesão à Terapêutica Tópica na Psoríase*; Dissertação de Mestrado. UnIPSa; Centro de Investigação em Ciências da Saúde (CICS), Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, CESPU, Gandra, Portugal.

Picardi, A., Pasquini, P., Cattaruzza, M.S., Gaetano, P., Baliva, G., Melchi, C.F., Tiago, A., Camaioni, D., Abeni, D., Biondi, M. . (2003). Only limited support for a role of psychosomatic factors in Psoriasis, results from a case-control study. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 189-196.

Remröd, C., Sjöström, K. and Svensson, Å. (2013). Psychological differences between early- and late-onset psoriasis: a study of personality traits, anxiety and depression in psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 169: 344–350

Russo, P., Ilchef, R., & Cooper, A. (2004). Psychiatric morbidity in psoriasis: a review. *Australasian Journal of Dermatology*, 45 (3), 155-159.

Sampogna, F., Chren, M.M., Melchi, C.F., Pasquini, P., Tabolli, S., Abeni D. (2006). Age, gender, quality of life and psychological distress in patients hospitalized with Psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 154, 325–331.

Schneider, G., Hockmann, J., Ständer, S., Luger, T.A., Heuft, G. (2005). Psychological factors in prurigo nodularis in comparison with psoriasis vulgaris: results of a case-control study. *British Journal of Dermatology*, 154, 61–66

Silva, K. S., Silva, E.A.T. (2007). Psoríase e sua relação com aspetos psicológicos, stress e eventos da vida. *Estudos de Psicologia*, 24 (2):257-266.

Shenefelt, P.D. (2008). Management of Psychodermatologic Disorders. *Department of Dermatology and Cutaneous Surgery*, 9, (6), 973-985.

Takahashi, H., Tsuji, H., Honma, M., Shibaki, H., Nakamura, S., Hashimoto, Y., Takahashi, M., Koike, K., Takei, A., Ishida-Yamamoto, A. and Iizuka, H. (2013). Japanese patients with psoriasis and atopic dermatitis show distinct personality profiles. *The Journal of Dermatology*, 40: 370– 373.

Taner, E., Cosar, B., Burhanoglu, S., Çalıkoglu, E., Önder, M., Arıkan, Z. (2007). Depression and anxiety in patients with Behçet’s disease compared with that in patients with Psoriasis. *International Journal of Dermatology* 46, 1118–1124.

Vari, C., Velotti, P., Zavattini, G.C., Richetta, A.G., Calvieri S. (2013). Emotion regulation strategies in patients with Psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 74 (6), 560-560.

Velotti, P., Garofalo, C., Zavattini, G.C. (2013). Psychopathological disease and emotion Regulation. *European Psychiatry* 28, 1.

Verissimo, R. (2005). Inteligência Emocional, Apoio Social E Regulação Afectiva. *Acta Med Porto*, 18, 345-352.

Vladut, C.I., Kállay, E. (2010). Psychosocial implications of psoriasis- theoretical review. *Interdisciplinary Journal of Cognition, Brain, Behavior*, (14), 1, 23-35.

Woodruff, P.W.R., Higgins, E.M., Vivier, A.W.P. du, Wessely, S. (1997). Psychiatric Illness in Patients Referred Dermatology-Psychiatry Clinic. *General Hospital Psychiatry* 19, 29-35.

Xu, X.C. & Feng, A.P. (2012). Characteristics of patients with psoriasis and Type 2 diabetes in a central China case-control study. *European Journal of Dermatology*. 22 (3), 396-397.

Zalewska, A., Miniszewska, J., Chodkiewicz, J., Narbutt J. (2007). Acceptance of chronic illness in psoriasis vulgaris patients. *Journal of European Academy of Dermatology and Venereology*, 21, 235-242.

CAPITULO XII: ANEXOS

Apêndice 1

Proposta de Artigo

REGULAÇÃO EMOCIONAL NA PSORÍASE – um estudo de “Embitterment”

Fernandes C., ^{1a} Faria E., ^{1b} Oliveira C., ^{1c} Teixeira A., ^{1,2 d} Almeida V. ^{1e}

¹Centro de Investigação Ciências da Saúde (CICS), Instituto Superior de Ciências da Saúde-Norte, CESPU. R. Central de Gandra 1317, 4585-116 Gandra PRD, Portugal.

²Centro de Investigação em Ciências Farmacêuticas (CICF), Laboratório de Tecnologia Farmacêutica, Departamento de Ciências do Medicamento, Faculdade de Farmácia, Universidade do Porto, Rua Jorge Viterbo Ferreira nº 228, 4050-313 Porto, Portugal.

^a claudiafernandes.psi@gmail.com; ^b estelafaria1@hotmail.com; ^c

carolinabgoliveira@gmail.com; ^d ana.teixeira70@gmail.com; ^e

vera.marg@gmail.com

Objetivos: A psoríase é uma doença crónica da pele com elevado impacto na vida dos doentes. O objetivo deste estudo consiste em avaliar as dificuldades de regulação emocional em doentes com psoríase, avaliando um novo constructo: o amarguramento (“embitterment”).

Métodos: Participaram neste estudo 154 doentes dos quais 85 eram do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 82 anos (média = 46,68). Os participantes preencheram um protocolo constituído por uma ficha sociodemográfica e clínica, uma escala de dificuldades de regulação emocional EDRE, um índice de severidade percebida da doença (SAPASI), um índice de incapacidade provocada pela psoríase (PDI), um inventário de sintomas psicopatológicos (BSI) e uma escala sobre o transtorno de amargura pós-traumática (PTED).

Resultados: Os pacientes que recorrem ao acompanhamento psicológico ou psiquiátrico revelam menores níveis de amarguramento, principalmente nas dimensões dificuldade no funcionamento social e pensamentos de vingança. Em todas as dimensões do amarguramento foram encontradas associações positivas com a sintomatologia psicopatológica, nomeadamente com o psicoticismo e a hostilidade. No caso da depressão foi encontrada associação com as dimensões dificuldade no funcionamento social e resposta emocional, mas não com os pensamentos de vingança.

Conclusões: Atendendo aos níveis de amarguramento encontrados nos doentes com psoríase será importante incluir o acompanhamento psicológico no tratamento desta patologia.

Palavras-Chave: Psoríase, Regulação Emocional, Amarguramento.

Aims: Psoriasis is a chronic skin disease with a high impact on patients' lives. The aim of this study is to evaluate the difficulties in emotion regulation in patients with psoriasis, evaluating a new construct: the embitterment

Methods: The sample included 154 patients of whom 85 were female, aged between 18 and 82 years (mean = 46.68). Participants completed a protocol consisting of a sociodemographic and clinical record, a range of difficulties in emotion regulation EDRE, an index of perceived severity of the disease (SAPASI), an index of disability caused by psoriasis (PDI), an inventory of psychopathological symptoms (BSI) and a range of bitterness about the post-traumatic disorder (PTED).

Results: Patients who resort to psychological or psychiatric reveal lower levels of embitterment, especially regarding the dimensions of difficulty in social function and thoughts of revenge. In all dimensions of embitterment, there were found positive associations with psychopathological symptoms, particularly with psychoticism and hostility. In the case of depression it was found to be associated with the dimensions difficulty in social and emotional response, but not with thoughts of revenge.

Conclusions: Given the level of embitterment found in patients with psoriasis it would be important to include counseling in the treatment of this pathology.

Key-words: Psoriasis, Emotional Regulation, Embitterment.

Apêndice 2

Poster aprovado no II Congresso Ibero-Americano/III
Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde

II CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE PSICOLOGIA DA SAÚDE
III CONGRESSO LUSO-BRASILEIRO DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

Certifica-se que

apresentou o trabalho

no *II Congresso Ibero-Americano/III Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde* que decorreu na Universidade do Algarve nos dias 4, 5, e 6 de Julho de 2013.

Faro, 06 de Julho de 2013,

O Coordenador da Comissão Organizadora,

Saul Neves de Jesus

(Saul Neves de Jesus)



UNIVERSIDADE DO ALGARVE



Dissertação sobre “Regulação emocional na Psoríase – Um estudo de “*Embitterment*” ”

REGULAÇÃO EMOCIONAL NA PSORÍASE – um estudo de “*Embitterment*”

Fernandes, C.; Faria, E.; Oliveira, C. ; Teixeira, A.; Almeida, V.

Centro de Investigação Ciências da Saúde (CICS), Instituto Superior de Ciências da Saúde-Norte, R. Central de Gandra 1317, 4585-116 Gandra PRD, Portugal.
E-mail: claudiafernandes.psi@gmail.com

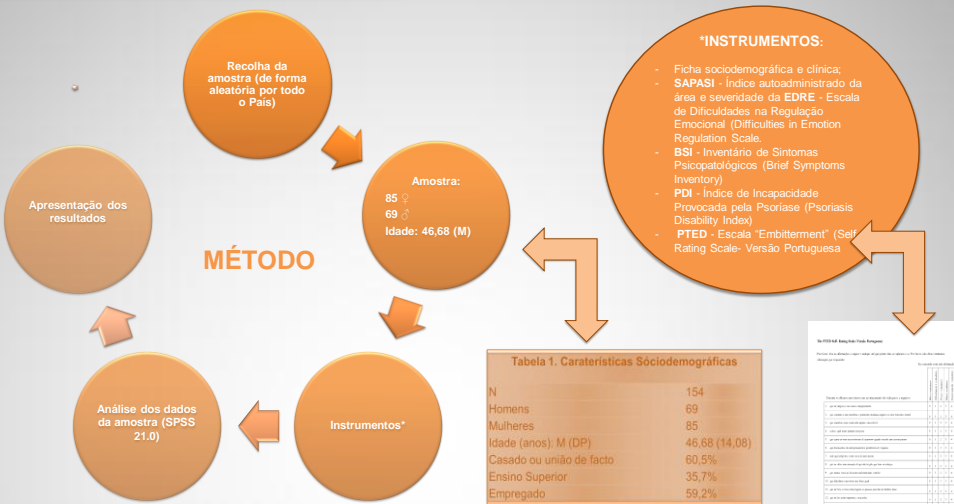
INTRODUÇÃO

A psoríase é uma doença crónica da pele que afeta profundamente a qualidade de vida dos pacientes, podendo ter um forte impacto psicossocial, estudos comprovam que uma proporção relativamente elevada destes pacientes sofre de stress psicológico (Picardi et al., 2003).

O interesse da Psicologia em estudar este tema surge especialmente no âmbito de perceber o impacto psicossocial desta doença nos psoriáticos.

OBJETIVO Avaliar as dificuldades de regulação emocional em doentes com psoríase e em remissão, concomitantemente analisar um novo estado emocional, o amarguramento.

MÉTODO



RESULTADOS

Cotação final (SAPASI)			
"Embitterment"	r	p	
Dificuldades no funcionamento social	0,227**	0,008	
Resposta emocional	0,193*	0,023	
Pensamentos de vingança	0,200*	0,016	

Quanto maior a gravidade da doença, maiores são as dificuldades no funcionamento social do indivíduo.

Acompanhamento psicológico/psiquiátrico			
"Embitterment"	r	p	
Dificuldades no funcionamento social	-0,231**	0,006	
Pensamentos de vingança	-0,202*	0,015	

Os pacientes que recorrem ao acompanhamento psicológico revelam menores níveis de amarguramento ("Embitterment")

Pontuação média			
"Embitterment"	p	Média (M)	Desvio padrão (dp)
Dificuldades no funcionamento social	0,006	10,2769	9,52383
Resposta Emocional	0,016	10,9063	8,46978

A presença de comorbidade revela maiores dificuldades de funcionamento social e resposta emocional

Regulação Emocional									
"Embitterment"		Estratégias		Não-aceitação		Impulso		Objetivos	
		r	p	r	p	r	p	r	p
Dificuldades no funcionamento social	no	0,319**	0,000	0,434**	0,000	0,280**	0,007	0,449**	0,000
Pensamentos de vingança	de	0,346**	0,000	0,364**	0,000	0,336**	0,000	0,309**	0,000

Os indivíduos que possuem maior dificuldade no funcionamento social, dificuldade em dar uma resposta emocional a um evento, e com mais pensamentos de vingança, apresentam igualmente uma aceitação negativa às respostas emocionais e dificuldade em agir de acordo com os objetivos.

CONCLUSÃO

Atendendo aos níveis de amarguramento encontrados nos doentes com psoríase será importante incluir o acompanhamento psicológico no tratamento desta patologia.

REFERÊNCIAS

Picardi, A., Pasquini, P., Cattaruzza, M.S., Gaetano, P., Baliva, G., Melchi, C.F., Tiago, A., Camaioni, D., Abeni, D., Biondi, M. (2003). Only limited support for a role of psychosomatic factors in Psoriasis, results from a case-control study. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 189-196.
Barak, B., & DeKoven, J. (2002). Psychosocial effect of common skin diseases. *Canadian Family Physician*, 48, 712-716.
Russo, P., Ilich, R., & Cooper, A. (2004). Psychiatric morbidity in psoriasis: a review. *Australasian Journal of Dermatology*, 45 (3), 155-159

AGRADECIMENTOS À CESPU (04-GCQF-CICS-11N) pelo suporte financeiro



Anexo 1

Termo de Consentimento Informado

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

No âmbito da realização de um projeto de investigação do CICS-CESPU Intitulado “**Regulação Emocional em doentes com psoríase**” vimos solicitar o preenchimento do(s) questionário(s) anexado(s) a este termo. Queremos realçar que a participação neste estudo é voluntária e anónima sendo garantida a confidencialidade de todos os dados.

Assim, após ser devidamente informado(a) sobre os objetivos e protocolo da investigação, declaro que aceitei de livre vontade fazer parte do estudo que está ser realizado pelo CICS-CESPU.

Obrigado pela sua colaboração

Anexo 2

Carta de apresentação ao estudo

Exmo(a) Sr (a),

Somos um grupo de investigadores do CICS-CESPU que, em colaboração com a PSO Portugal, estamos a desenvolver um trabalho de investigação na área da **Regulação Emocional em doentes com psoríase**. Vimos solicitar a sua participação neste estudo através do preenchimento dos questionários e do consentimento informado que se seguem.

Para poder participar deverá:

- Ter **idade superior a 18 anos**;
- Ter **diagnóstico de psoríase** feito pelo médico.

Muito obrigada pelo interesse e participação no estudo pois será uma mais-valia na compreensão desta doença e futura melhoria dos cuidados de saúde e qualidade de vida dos doentes com psoríase.

Em caso de dúvida por favor contacte:
Cláudia Fernandes
Contacto móvel: 917767454
Email: psoriasecespu2012@gmail.com

Atenciosamente,

Anexo 3

Questionário Sociodemográfico e Clínico

Ficha Socio-Demográfica e Clínica

(Almeida, V., & Teixeira, A., 2011)

Data: / / Entrevistador:

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

1. N° de Identificação:	<input type="text"/>	2. Sexo:	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	3. Idade:	<input type="text"/>	
4. Estado Civil:	Solteiro <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	União de Facto <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>	Separado <input type="checkbox"/>	Viúvo <input type="checkbox"/>
5. Habilitações Literárias:	Analfabeto <input type="checkbox"/>	Lê / escreve <input type="checkbox"/>				
5.1. Frequência Escolar:	1 a 4 anos <input type="checkbox"/>	5 a 6 anos <input type="checkbox"/>	7 a 9 anos <input type="checkbox"/>	10 a 12 anos <input type="checkbox"/>	Curso médio <input type="checkbox"/>	Curso superior <input type="checkbox"/>
6. Profissão:	<input type="text"/>					
7. Situação profissional:						
Empregado	<input type="checkbox"/>	Baixa médica	<input type="checkbox"/>	Desempregado	<input type="checkbox"/>	
Reformado por invalidez	<input type="checkbox"/>	Reformado por idade	<input type="checkbox"/>			
Observações:	<input type="text"/>					
8. Raça/Etnia:						
Caucasiana	<input type="checkbox"/>	Negra	<input type="checkbox"/>	Asiática	<input type="checkbox"/>	
9. Zona residência: distrito/concelho	<input type="text"/>					

DADOS DE SAÚDE

10. Primeiro diagnóstico de psoríase em	<input type="text"/>
11. Há história na família de psoríase:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
12. N° de médicos que consultou para o tratamento da psoríase nos últimos 2 anos:	
Dermatologistas:	0-2 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> >5 <input type="checkbox"/>
Outras especialidades:	0-2 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> >5 <input type="checkbox"/>
13. Quantos tratamentos já experimentou:	0-2 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> >5 <input type="checkbox"/>
14. Qual o seu grau de satisfação com o tratamento actual para a psoríase:	Muito satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco satisfeito <input type="checkbox"/> Nada satisfeito <input type="checkbox"/>
15. N° dias que faltou ao trabalho/escola por causa da doença (últimos 6 meses):	<input type="text"/>
16. N° dias que alterou a actividade diária devido à doença/sintomas (últimos 6 meses):	<input type="text"/>
17. Alguma vez lhe foi negado o acesso a alguma actividade profissional por causa da psoríase:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
18. A psoríase condicionou a sua opção profissional:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

Anexo 4

Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE)

Dissertação sobre “Regulação emocional na Psoríase – Um estudo de “*Embitterment*” ”

- **EDRS** (Gratz, K & Roemer, L. 2004; adaptado por Machado Vaz et al, 2010)

Instruções: Por favor indique com que frequência as seguintes afirmações se aplicam a si, com base na seguinte escala de 1 a 5, fazendo um círculo, no verso da linha ao lado de cada item.

1	2	3	4	5	
Quase Nunca (0-10%)	Algumas vezes (11-35%)	Cerca de metade do tempo (36-65%)	A maioria do tempo (66-90%)	Quase Sempre (91-100%)	
1. É claro para mim aquilo que estou a sentir	1	2	3	4	5
2. Eu presto atenção a como me sinto	1	2	3	4	5
3. Eu experiencio as minhas emoções como avassaladoras e fora de controlo	1	2	3	4	5
4. Não tenho ideia nenhuma de como me estou a sentir	1	2	3	4	5
5. Tenho dificuldade em atribuir um significado aos meus sentimentos	1	2	3	4	5
6. Sou atento aos meus sentimentos	1	2	3	4	5
7. Sei exactamente como me estou a sentir	1	2	3	4	5
8. Preocupo-me com aquilo que estou a sentir	1	2	3	4	5
9. Estou confuso acerca do que sinto	1	2	3	4	5
10. Quando estou emocionalmente incomodado, reconheço as minhas emoções	1	2	3	4	5
11. Quando estou emocionalmente incomodado, fico zangado comigo próprio por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5
12. Quando estou emocionalmente incomodado, fico envergonhado por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5
13. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade em ter o trabalho feito	1	2	3	4	5
14. Quando estou emocionalmente incomodado, fico fora de controlo	1	2	3	4	5
15. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que me irei manter dessa forma durante muito tempo	1	2	3	4	5
16. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que acabarei por me sentir muito deprimido	1	2	3	4	5
17. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que os meus sentimentos são válidos e importantes	1	2	3	4	5
18. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade em focar em outras coisas	1	2	3	4	5
19. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto-me fora de controlo	1	2	3	4	5
20. Quando estou emocionalmente incomodado, ainda consigo fazer as coisas	1	2	3	4	5
21. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto-me envergonhado comigo mesmo por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5
22. Quando estou emocionalmente incomodado, sei que consigo encontrar uma forma para eventualmente me sentir melhor	1	2	3	4	5
23. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto que sou fraco	1	2	3	4	5

Anexo 5

Inventário de Sintomas Psicopatológicos
(BSI)

BSI

L.R. Deroogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Perder o apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentir-se sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sentir-se inferior aos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 6

Modelo conceptual da Escala de
“Embitterment” (PTED)

The PTED Self- Rating Scale (Versão Portuguesa)

Por favor, leia as afirmações a seguir e indique até que ponto elas se aplicam a si. Por favor, não deixe nenhuma afirmação por responder:

Eu concordo com esta afirmação

	Não é verdadeiro	Difícilmente é verdadeiro	Pouco verdadeiro	Muito verdadeiro	Extremamente verdadeiro
Durante os últimos anos houve um acontecimento de vida grave e negativo					
1. que me magoou e me causou amarguramento	0	1	2	3	4
2. que conduziu a uma manifesta e persistente mudança negativa no meu bem-estar mental	0	1	2	3	4
3. que considero como tendo sido injusta e inaceitável.	0	1	2	3	4
4. sobre o qual tenho pensado sem parar	0	1	2	3	4
5. que causa em mim um sentimento de transtorno quando recordo esse acontecimento	0	1	2	3	4
6. que desencadeia em mim pensamentos persistentes de vingança	0	1	2	3	4
7. pelo qual culpo-me e sinto raiva de mim mesmo	0	1	2	3	4
8. que me deixa uma sensação de que não há pelo que lutar ou esforçar	0	1	2	3	4
9. que muitas vezes me faz sentir mal-humorado e infeliz	0	1	2	3	4
10. que dificultou o meu bem-estar físico geral	0	1	2	3	4
11. que me leva a evitar certos lugares ou pessoas para não me lembrar disso	0	1	2	3	4
12. que me faz sentir impotente e sem poder	0	1	2	3	4
13. que desencadeia sentimentos de satisfação quando penso que uma situação idêntica está a acontecer à pessoa responsável	0	1	2	3	4
14. que leva a uma diminuição considerável da minha força e motivação	0	1	2	3	4
15. que me tornou mais irritável do que anteriormente	0	1	2	3	4
16. que me obriga a distrair para experimentar um humor normal	0	1	2	3	4
17. que me tornou incapaz de exercer actividades de tempos livres e/ou com a família como anteriormente	0	1	2	3	4
18. que fez com que me afastasse dos amigos e de actividades sociais	0	1	2	3	4
19. que me faz lembrar frequentemente memórias dolorosas	0	1	2	3	4

Anexo 7

Índice de Incapacidade Provocada pela
Psoríase (PDI)

ÍNDICE DE INCAPACIDADE PROVOCADA PELA PSORÍASE

- **Agradece-se antecipadamente a sua colaboração na resposta a este inquérito.**
- Assinale por favor a resposta a cada pergunta
- Cada pergunta diz respeito **APENAS ÀS ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS**

Todas as perguntas dizem respeito às ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS

ACTIVIDADES DIÁRIAS:

1. Como interferiu a psoríase na realização das suas actividades dentro e fora de casa?

☐ **Muito** ☐ **Bastante** ☐ **Ligeiramente** ☐ **Nada**

2. Com que frequência vestiu diferentes tipos ou cores de roupa por causa da psoríase?

☐ **Muito** ☐ **Bastante** ☐ **Ligeiramente** ☐ **Nada**

3. Com que frequência teve necessidade de mudar de roupa ou de lavar?

☐ **Muito** ☐ **bastante** ☐ **Ligeiramente** ☐ **Nada**

4. Tem sido um problema ir ao cabeleireiro ou barbeiro por causa da psoríase?

☐ **Muito** ☐ **Bastante** ☐ **Ligeiramente** ☐ **Nada**

5. A psoríase fez com que tivesse de tomar banho mais vezes do que habitualmente?

☐ **Muito** ☐ **Bastante** ☐ **Ligeiramente** ☐ **Nada**

- Há duas versões diferentes das perguntas 6, 7 e 8.
- Se está **regularmente a trabalhar ou estudar** responda por favor às primeiras perguntas **6 – 8**.
- Se **não está a trabalhar ou a estudar** responda por favor às segundas questões **6 – 8**.

Todas as perguntas dizem respeito às ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

Anexo 8

SAPASI

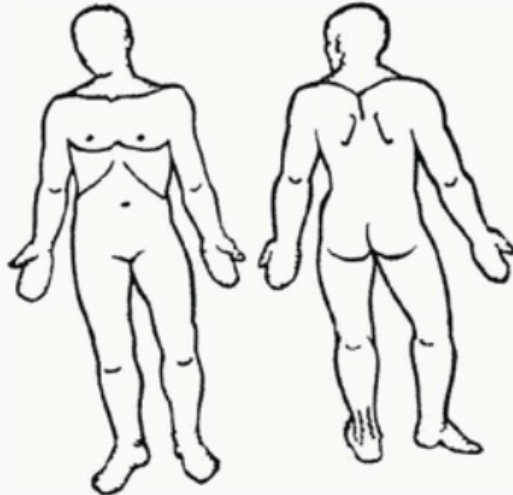
Anexo II – SAPASI – Índice autoadministrado da área e severidade da psoríase

CONFIDENCIAL

Como está a sua psoríase **HOJE?**

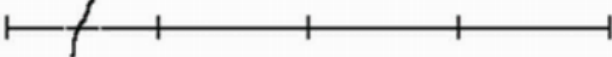
1. Assinale na figura, sombreando, os locais onde tem psoríase, o melhor que consiga.

2. Responda a cada questão colocando uma marca na linha para mostrar, em média, quão vermelhas, espessas e descamativas são as suas lesões de psoríase (ver exemplo)



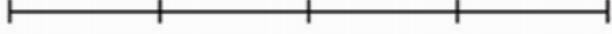
EXEMPLO:

Ótimo Bom OK Mau Terrível



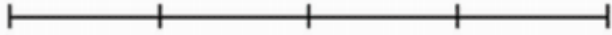
A. Qual a cor, em média, das suas lesões de psoríase ?

Cor da pele Rosa claro Rosada Vermelho vivo Vermelho escuro




B. Qual a espessura, em média, das suas lesões de psoríase ?

Planas Ligeiramente elevadas Elevadas Espessas Muito espessas



C. Qual a descamação, em média, das suas lesões de psoríase ?

Sem descamação Levemente descamativa Descamação fina Descamação grossa Descamação grossa e aderente



Copyright 1994 Wake Forest University